

8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marquer les cases d'un trait noir:  
 juste  faux



Service de Pharmacologie clinique  
 Réception des laboratoires BH 18-100  
 Rue Bugnon 46, 1011 Lausanne  
 www.chuv.ch/pcl

**Contact:**  
 Laboratoire de Pharmacologie clinique  
 Tél.: 021 31 44 271  
 Email: labo.pharmaco-clin@chuv.ch – PP439  
 Interprétation clinique:  
 Tél.: 021 31 42 500

Heures d'ouverture: lundi – vendredi 08h–17h

**Date et heure du prélèvement indispensables**

Jour: 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Mois: 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Heure: 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

 Min.: 

15	30	45
----	----	----

**Patient**

Nom: .....  
 Prénom: .....  
 Sexe: .....  
 Date de naissance complète: .....  
 Adresse complète: .....  
 N° postal / Localité: .....

**Facture:**

Patient  Demandeur

Etiquette code barres pour le CHUV



**COPIE(S) À (Adresse exacte et complète)**

Nom du médecin: .....  
 Service, adresse: .....  
 Localité: .....

**DEMANDEUR**

Nom du médecin: .....  
 Service, adresse: .....  
 Tél.: ..... Fax: .....

Etiquette déviation  
 ou  
 Etiquette de projet

**MOTIVATIONS CLINIQUES**

<input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique	<input type="checkbox"/> Surdosage ou abus médicamenteux
<input type="checkbox"/> Contrôle après charge médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Grossesse
<input type="checkbox"/> Doute sur la compliance	<input type="checkbox"/> Etude (préciser): .....
<input type="checkbox"/> Suspicion de toxicité	<input type="checkbox"/> Autre (préciser): .....
<input type="checkbox"/> Suspicion d'interaction(s) médicamenteuse(s)	

**Demande d'interprétation clinique de la mesure des taux de médicaments**

oui (par défaut)  non

**DONNEES CLINIQUES**

Effets indésirables:  aucun  oui (préciser): .....

Dysfonction d'organe(s):  aucun

**Fonction rénale:**  
 insuffisance rénale; créatinine sérique si disponible: ..... µmol/l  
 hémodialyse  
 hémofiltration continue  
 autre (préciser): .....

**Autres organes:**  
 dysfonction hépatique; score de Child-Pugh: .....  
 dysfonction cardiaque  
 dysfonction pulmonaire  
 autre (préciser): .....

Poids du patient:  kg  g Albuminémie si disponible: ..... g/l

**Co-médications (ou joindre la liste informatique):**

**Diagnostic(s):**



**Matériel**

sang EDTA-K (S-Monovette, 2.6 ml)  échantillon reçu congelé  
**adressé:** (Egalement accepté : sérum sans gel 2.6 ml; néonatalogie : Microvette® sérum ou EDTA-K 0.3 ml)

**Le dosage de plusieurs antiépileptiques dans le même échantillon est possible.**

**Compléter un cadre par médicament.**

**Nouvel antiépileptique n°1 à doser:**

Brivaracetam     Carbamazépine et métabolites     Gabapentine     Lacosamide     Lamotrigine  
 Levetiracetam     Oxcarbazépine/hydroxy-oxcar.     Perampanel     Pregabaline     Rufinamide  
 Topiramate     Zonisamide     Autre: .....

**Nom complet de spécialité:** ..... **Voie d'administration:**  orale  i.v.

Dernière prise Jour: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31  
 Mois: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12  
 Heure: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23    Min.: 15 30 45

Posologie: matin  mg ; midi  mg ; soir  mg ; autre: .....  mg ;

Commentaires (schémas spéciaux, dose de charge, etc.): .....

**Début de traitement ou dernier changement de posologie:**

Jour: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31  
 Mois: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12     > 30 jours

**Nouvel antiépileptique n°2 à doser:**

Brivaracetam     Carbamazépine et métabolites     Gabapentine     Lacosamide     Lamotrigine  
 Levetiracetam     Oxcarbazépine/hydroxy-oxcar.     Perampanel     Pregabaline     Rufinamide  
 Topiramate     Zonisamide     Autre: .....

**Nom complet de spécialité:** ..... **Voie d'administration:**  orale  i.v.

Dernière prise Jour: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31  
 Mois: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12  
 Heure: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23    Min.: 15 30 45

Posologie: matin  mg ; midi  mg ; soir  mg ; autre: .....  mg ;

Commentaires (schémas spéciaux, dose de charge, etc.): .....

**Début de traitement ou dernier changement de posologie:**

Jour: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31  
 Mois: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12     > 30 jours

**Informations importantes:**

- La fréquence d'exécution des analyses et diverses informations pré-analytiques peuvent être obtenues dans le Fichier des Examens ([www.chuv.ch/analyses](http://www.chuv.ch/analyses))
- Le prélèvement doit en principe être fait en fin d'intervalle de dosage et après un délai d'équilibration depuis le début du traitement ou le dernier changement de posologie (cf. Recommandations [http://www.chuv.ch/pcl/pcl\\_home/pcl-prestations/pcl-prestations-tdm.htm](http://www.chuv.ch/pcl/pcl_home/pcl-prestations/pcl-prestations-tdm.htm))
- **Conditions d'acheminement :** L'échantillon sanguin, plasma, ou sérum peut être envoyé à température ambiante (Tamb) ou congelé avec les précautions d'usage en poste prioritaire. Ne pas envoyer le vendredi.